

1. ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

- 1.1.** Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (továbbiakban: Biztosító) a jelen Általános és Speciális Feltételek (továbbiakban: Biztosítási Feltételek) alapján arra vállal kötelezettséget, hogy biztosítási díj ellenében a biztosítási események bekövetkezése esetén a Biztosítási Feltételek szerint meghatározott biztosítási szolgáltatásokat nyújtja.
- 1.2.** A Biztosítási Feltételekre, illetve a feltételekben nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv rendelkezései, valamint a hatályos magyar jogszabályok az irányadók. **Nem válik a Csoportos Biztosítási szerződés (továbbiakban: Szerződés) tartalmává bármely olyan szokás, amelynek alkalmazásában a Szerződő és a Biztosító korábbi üzleti kapcsolatukban megegyeztek, és más gyakorlat, amelyet egymás között kialakítottak, hacsak az előbbieik alkalmazásában a Szerződésben nem állapodnak meg.**
- Nem válik továbbá a Szerződés tartalmává a biztosítási szektorban a hasonló jellegű szerződés alanyai által széles körben ismert és rendszeresen alkalmazott szokás, akkor sem, ha a Szerződés azzal ellentétes kikötést nem tartalmaz, vagy arról nem rendelkezik.**
- 1.3.** A biztosítási szolgáltatást a Biztosító a Szerződő és a Biztosító által kötött Szerződés alapján nyújtja.
- 1.4. A Szerződés részét képezi:**
- a) a jelen Általános és Különös Feltételek,
 - b) Alfa Csoportos Egészségbiztosítás Szolgáltatási- és Díjtábla,
 - c) az Ajánlat, amely
 - a Mellékletből és az annak részét képező Biztosítotti Nyilatkozatból,
 - és az Adatközlőből áll,
 - d) az Adatvédelmi tájékoztató csoportos biztosításokhoz nevű dokumentumból,
 - e) továbbá a szerződés létrejöttét igazoló Kötvény.
- 1.4.1.** A Szerződés – a Szerződő írásbeli ajánlata alapján – a Szerződő és a Biztosító írásbeli megállapodásával jön létre, mely megállapodásról a Biztosító Fedezetet igazoló dokumentumot (továbbiakban: Kötvény) állít ki.
- 1.4.2. A Melléklet tartalma**
- A Melléklet tartalmazza:
- a) azon csoportok meghatározását (munkakörök, besorolások, kapcsolatok stb.), amelyekre a Szerződő a Biztosítóval a Szerződés keretében biztosítást köt,
 - b) az egyes csoportokhoz kapcsolódó csomagok megjelölését,
 - c) a biztosítási időszakok meghatározását,
 - d) a Biztosítotti Nyilatkozatok tartalmát,
 - e) az Adatközlő adattartalmának meghatározását a díjszámítás és az elszámolás vonatkozásában,
 - f) azon záradékokat, amelyek a Szerződés fennállásának, megújításának, a Biztosító kockázatvállalásának, valamint az elszámolás módjának a Biztosítási Feltételektől eltérő, illetve azokat kiegészítő, közös megegyezéssel elfogadott szerződési feltételeit tartalmazzák.
- 1.4.3. Az Adatközlő tartalma**
- Az Adatközlő tartalmazza az egyes biztosításra jelölt személyek besorolását a Mellékletben megadott csoportokba, valamint a Biztosító által kért és a Mellékletben meghatározott, szükséges adatokat.
- 1.4.4. A Biztosítotti nyilatkozatok**
- A Biztosítotti Nyilatkozatok tartalmazzák a biztosításra jelöltek (vagy törvényes képviselőt gyakorló szülőjük) beleegyező nyilatkozatait, valamint a biztosítás elvállalására és a kockázatviselésre vonatkozóan az 1.4.2. pont e) alpontjában a Mellékletben meghatározott információkat.

2. A BIZTOSÍTÁSI SZERZŐDÉS ALANYAI

2.1. Biztosító

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. (1091 Budapest, Üllői út 1.), amely a befizetett díj ellenében vállalja az egészségbiztosítási kockázatot, és a Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás teljesítésére kötelezettséget vállal.

2.2. Szerződő

Szerződő lehet bármely Magyarországon működő jogi személy, vagy egyéb gazdálkodó szervezet, amely az érdekkörébe tartozó természetes személyek számára a Biztosítóval a Szerződésben meghatározottak szerint csoportos egészségbiztosítást köt, és a díjfizetést teljesíti.

A Szerződő érdekkörébe tartozó természetes személy lehet különösen – szerződésben megjelölve – a Szerződő munkaviszony keretében foglalkoztatott munkavállalója, megbízottja, tagja, tisztségviselője, annak hozzátartozója.

2.3. Biztosított

Biztosított az lehet, akit a Szerződő az Adatkezelőben az 1.4.3. pont szerint biztosításra jelöl, és **egyidejűleg** megfelel az alábbiaknak:

- a) életkora 18 és 65 év között van,
- b) jogviszonya illetve egyéb kapcsolata a Szerződővel az Ajánlaton részletezettek szerint fennáll.

A Szerződés adott Biztosítottra vonatkozó teljes körű érvényességéhez a Biztosított írásbeli hozzájárulása szükséges. Ezen hozzájárulását a Biztosított a Biztosítotti Nyilatkozat kitöltésével és annak sajátkezű aláírásával teszi meg.

A Szerződésbe a Biztosított szerződként nem léphet be, csak a – Szerződő Biztosítóval egyeztetett – rá vonatkozó engedélye alapján.

Ha a Biztosított életkora a 18 évet nem éri el, akkor a Szerződés megkötéséhez a törvényes képviselőt gyakorló szülő engedélye is szükséges.

2.4. Kedvezményezett

A Biztosítási Feltételekben meghatározott szolgáltatás igénybevételére minden esetben a Biztosított jogosult.

3. FOGALMAK, MEGHATÁROZÁSOK

3.1. Egészségügyi szolgáltató

A Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi szolgáltatások nyújtására jogosult szolgáltató, aki az igénybe vett szolgáltatásról érvényes számlát állít ki a Biztosító vagy a Biztosított részére.

3.2. Ellátásszervező

Azon intézmény, amely szakértőket és orvosokat alkalmaz, akik segítségével a Biztosító egészségügyi szolgáltatásokat szervezhet a Biztosított részére. Az Ellátásszervező elérhetőségeit a Biztosító a Szerződő részére eljuttatja, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat **köteles tájékoztatni**.

3.3. Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi hatóság által kiadott működési engedéllyel végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amelynek célja a Biztosított egészségének megőrzése, a megbetegedések korai felismerése, megelőzése, megállapítása, gyógykezelése, beteg állapotának javítása, állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálata, kezelése, gondozása, ápolása, fájdalom csökkentése, továbbá a beteg jelen szerződés szerinti vizsgálati anyagának feldolgozása.

3.4. Egészségügyi szakma

Egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, mely szerepel az egészségügyi szakmai kódjegyzékben.

3.5. Egészségügyi tevékenység

Az egészségügyi szolgáltatás részét képező minden tevékenység, kivéve azon tevékenységeket, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete.

3.6. Járóbeteg-ellátás

Betegség vagy baleset következtében szükségessé váló, szakorvos által végzett egyszeri vagy alkalmoszerű egészségügyi ellátás, labor illetve diagnosztikai vizsgálat, amely nem minősül fekvőbeteg-ellátásnak.

3.7. Fekvőbeteg-ellátás

A páciens folyamatos egészségügyi ellátását végző orvos, kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, illetve a páciens jelentkezése alapján – a fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok rendelkezéseinek megfelelő – fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban – folyamatos benntartózkodás mellett vagy meghatározott napszakokban – nyújtott diagnosztikai, gyógykezelési célú egészségügyi szolgáltatás, illetve olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. Így fekvőbeteg-ellátásnak minősül a fekvőbeteg-gyógyintézetben, kórházban a páciensen diagnosztikai, gyógykezelési céllal végzett műtét (annak pre- és postoperatív szakaszaival együtt), különösen, ha a páciens a neki nyújtandó egészségügyi ellátás céljából a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, kórházba több napra szólóan vesznek fel. Az egészségügyi szolgáltató intézményébe való felvétel több napra szól, ha a páciens az intézménybe való felvétele, illetve elbocsátása napja között minden éjszakát az intézményben tölt egészségügyi ellátásával összefüggésben és az intézményből való elbocsátás későbbi napon történik, mint az intézménybe való felvétel.

3.8. Egészségügyi dokumentum, dokumentáció

Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi személyzet tudomására jutó, a páciens kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó, a hatályos jogszabályok alapján és az egészségügyi, orvosszakmai előírások betartásával készített feljegyzés, nyilvántartás, vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Ezek különösen az alábbi dokumentumok: ambulánslap, kórházi zárójelentés, vizsgálati lap, ápolási, illetve ellátási dokumentáció, vizsgálati lelet, laborlap, diagnosztikai vizsgálatok során készült felvételek, vény (másolat), beutaló (másolat).

3.9. Kezelés

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotával kapcsolatos diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárás, továbbá ezek keretében végzett beavatkozás, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, melyet (szak)orvos(ok) nyújt(anak), mint kezelőorvos(ok).

3.10. Kezelőorvos

A páciens betegségével, sérülésével, egészségkárosodásával illetve egészségi állapotának felmérésével összefüggő diagnosztikai, vizsgálati, terápiás eljárást felállító, továbbá ezek keretében beavatkozást, egészségügyi ellátást vagy szolgáltatást nyújtó (szak)orvos, aki a páciens egészségi állapotáért, megfelelő egészségügyi ellátásáért felel.

3.11. Éves szolgáltatási limit

A Biztosító meghatározza, hogy egy jelen Biztosítási Feltételek szerinti szolgáltatás a kockázatviselés kezdetétől számított egy naptári évben mekkora keretösszegig vehető igénybe.

3.12. Alkalmankénti szolgáltatási limit

A Komfort csomag esetében a Biztosító meghatározza, hogy a jelen Biztosítási Feltételek szerinti járóbeteg-ellátási szolgáltatás egy ellátás alkalmával mekkora keretösszegig vehető igénybe.

3.13. Önrész

A Biztosító a Komfort csomag esetében a jelen Biztosítási Feltételek szerinti szolgáltatásokra 30% önrészt határoz meg, tehát az egészségügyi szolgáltató szolgáltatási árából 30%-ot a Biztosítottnak kell megfizetnie.

3.14. Utólagos térítés

A Biztosító a Komfort csomag esetében a jelen Biztosítási Feltételek szerinti szolgáltatások szolgáltatási összegét a Biztosított ellátásáról szóló orvosi dokumentumok (zárójelentés, ambuláns lap) és a nevére kiállított számla ellenében a Biztosítottnak fizeti ki, amennyiben a fenti dokumentumokból a Biztosított betegségének körülményei, különös tekintettel a kórelőzményre és a diagnózisra, megállapíthatók.

3.15. 24 órás orvosi segélyvonal

Telefonon történő orvosi tanácsadás, amelyet a Biztosított jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott telefonszám felhívásával vehet igénybe. Az orvosi call center éjjel-nappal, az év 365 napján fogadja a Biztosítottak hívását és tájékoztatást ad a jelen Biztosítási Feltételekben meghatározott egészségügyi vonatkozású kérdésekre.

3.16. Előzménybetegség

A kockázatviselés kezdete előtt már fennálló bármely tünet, betegség, sérülés vagy maradandó károsodás, mely a biztosítás tartama alatt fellépő megbetegedéssel vagy tünettel összefügg.

3.17. Ambuláns műtét

Az ambuláns sebészeti beavatkozás olyan járóbeteg-ellátás keretében végzett sebészeti beavatkozás, amely nem igényel kórházi ellátást.

3.18. Szűrővizsgálat

Biztosított orvosi vizsgálata, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése.

3.19. Egynapos sebészeti beavatkozás

A Biztosítottnak a rá vonatkozó kockázatviselési tartamon belül, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező és a várakozási idő leteltét követően szükségessé váló tervezhető, tervezett (elektív), az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendeletben kihirdetett beavatkozás, mely szerepel a jelen biztosítási feltétel 2. mellékletében, és amely az orvos szakképesítése, jártassága, a kötelezően előírt és szükséges infrastruktúra, a beteg ambuláns műtéti kiválasztása és kivizsgálása szempontjainak függvényében az e célra kialakított egyéb feltételrendszerekkel működő intézményben történik és a biztosított adott intézményben tartózkodása nem haladja meg a 24 órát.

4. A SZERZŐDÉS LÉTREJÖTTE, TARTAMA

- 4.1. Szerződés a Szerződő által aláírt Ajánlat valamennyi elemének a Biztosítóhoz való beérkezését követően, a Mellékletben meghatározott nap **0. órájával lép hatályba, feltéve, hogy az utóbb a Biztosító által is elfogadásra kerül.** Az Ajánlat kézhezvételétől számított 15 napon belül a Biztosító kockázat-elbírálásra jogosult. A Szerződés a kockázat-elbírálási határidő leteltével visszamenőlegesen akkor is létrejön, ha az Ajánlat elfogadásáról a Biztosító addig nem nyilatkozik.

4.2. **A Szerződés határozott, 1 éves tartamra jön létre, amely automatikusan megújul, ha egyik fél sem jelzi a tartam vége előtt 30 nappal ettől eltérő szándékát.**

4.3. **Biztosított jogviszony egy magánszemély részére egy adott időszakra és egy adott biztosítási csomagra jöhet létre.**

5. A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK KEZDETE, HATÁLYA

5.1. **A Szerződő vállalja, hogy biztosításra jelöli mindazon – az érdekkörébe tartozó – személyeket, akik megfelelnek a 2.3. pontban meghatározott feltételeknek, és akik a Mellékletben meghatározott, biztosítani kívánt csoportokba tartoznak.**

5.2. Az Ajánlatban közöltektől függően – a Mellékletben meghatározottak szerint – a Biztosító az egyes csoportokra vonatkozóan kockázat-elbírálást végezhet. A kockázat-elbírálás eredményeként a Biztosítónak az Ajánlat kézhezvételétől, illetve a Szerződés hatályba lépését követően belépőtendő Biztosítottak esetében a biztosításra jelölés kézhezvételétől (5.6. pont) számított 15 napon belül jogában áll a biztosításra jelölt személyek vonatkozásában kockázatsúlyosbítást alkalmazni, kockázatviselésének mértékét korlátozni, illetve a kockázat vállalását megtagadni.

5.3. Azon Biztosítottak esetében, akikre vonatkozóan a Biztosító a Mellékletben meghatározottak szerint kockázat-elbírálást végez, a Biztosító a kockázat-elbírálás lezárását követően vállal fedezetet az 5.2. pontban meghatározottak szerint.

5.4. A Biztosító adott Biztosítottra 1 hónap várakozási időt határoz meg minden szolgáltatás vonatkozásában, de egyes szolgáltatások esetében ettől eltérő várakozási idő is lehetséges (Izd. Különös Feltételek). **A várakozási idő alatt bekövetkezett biztosítási eseményekre a Biztosító szolgáltatási kötelezettsége nem áll fenn.**

5.5. A Szerződés megkötésekor azok esetében,

- akiket az 5.1. pont alapján a Szerződő biztosításra jelölt,
- akik a Szerződés megkötésekor megfelelnek a 2.3. pontban foglaltaknak,
- és akiket a Biztosító az 5.2. pont alapján nem utasít el,

a Biztosító kockázatviselése a várakozási idő leteltével kezdődik.

5.6. **A Szerződés hatályba lépését követően biztosításra jelölt személy az azt követő hónap 1. napjának 0. órájától válik biztosítottá, amikor**

- **a Szerződő őt az 5.1. pont alapján a Biztosított Nyilatkozatnak és az Adatközlő rá vonatkozó kiegészítésének a Biztosítóhoz történő eljuttatásával biztosításra jelöli, és a Biztosító e jelölést bizonyíthatóan kézhez is veszi, és**
- **ha rá nézve a 2.3. pontban foglalt feltételek teljesülnek, feltéve, hogy az 5.2. pont szerint a Biztosító a kockázat vállalását nem tagadja meg.**

5.7. A biztosítás a Magyarországon bekövetkezett biztosítási eseményekre terjed ki, azonban a biztosítási eseményeket kiváltó ok a Föld bármely országában bekövetkezhet. A biztosítás a nap 24 órájára kiterjed.

6. A SZERZŐDÉS ÉS A BIZTOSÍTÓ KOCKÁZATVISELÉSÉNEK MEGSZŰNÉSE

6.1. **A Szerződés megszűnik:**

- a) díjnemfizetés esetén a 7.4. pontban foglaltak szerint,
- b) ha a Szerződő vagy a Biztosító jogutód nélkül megszűnik, úgy a jogutód nélküli megszűnés időpontjával,
- c) a határozott tartam lejártával, figyelemmel a 4.2. pontban foglaltakra.

Abban az esetben, ha a Szerződés az a) pontban foglaltak szerint a díj meg nem fizetése következtében szűnt meg, a Szerződő a megszűnés napjától számított 120 napon belül írásban kérheti a Biztosítót a kockázatviselés helyreállítására. A Biztosító a biztosítási fedezetet a megszűnt Szerződés feltételei szerint helyreállíthatja, feltéve, hogy mind a korábban esedékessé vált, mind az eltelt időszakra járó biztosítási díjat a Szerződő megfizeti.

6.2. **Az egyes Biztosítottak vonatkozásában a Biztosító kockázatviselése automatikusan megszűnik az alábbi esetekben:**

- ha a 6.1. pontban szereplő megszűnési ok bármelyike bekövetkezik, és a Szerződővel kötött szerződés megszűnik;
- ha a Biztosítottra vonatkozóan a 2.3. pont alatt definiált feltételek bármelyike már nem áll fenn, úgy a feltétel megszűnése hónapjának utolsó napján 24:00 órakor,
- ha a Biztosított már nem tartozik egyik biztosításra jogosító csoportba sem, úgy a csoportokba tartozás megszűnése hónapjának utolsó napján 24:00 órakor,
- d) a Biztosított halálával.

7. A BIZTOSÍTÁSI DÍJ, A DÍJ MÓDOSÍTÁSÁNAK LEHETŐSÉGE

- 7.1. A csoportos egészségbiztosítás díja a Biztosító kockázatviselésének, illetve szolgáltatási kötelezettségének ellenértéke, melyet a felek a Mellékletben rögzítenek, és a **Szerződő havi gyakorisággal fizet meg a Biztosítónak**. A csoportos egészségbiztosításhoz tartozó biztosítási csomagok biztosítási díját az **Alfa Csoportos Egészségbiztosítás Szolgáltatási- és Díjtábla** nevű nyomtatvány tartalmazza.
- 7.2. **Az első díj a Mellékletben meghatározott napon esedékes, a folytatódó díjak pedig minden hónap első napján esedékesek.**
- 7.3. A csoportos egészségbiztosítás díját az összes Biztosítottra vonatkozóan – a díj esedékességének megfelelően – **egyösszegben kell megfizetni**. Amennyiben a Szerződő a biztosítás érvényes díjánál kevesebbet fizet, úgy a díj nemfizetés esetére vonatkozó szabályok lépnek életbe (7.4. pont).
- 7.4. Ha a Szerződő a csoportos egészségbiztosítás érvényes díját az esedékesség napjáig nem egyenlíti ki, úgy a Biztosító – a következményekre történő figyelmeztetés mellett – a Szerződőt a felszólítás **elküldésétől számított harminc napos póthatáridő tűzésével a díjfizetés teljesítésre írásban felhívja. Amennyiben a Szerződő az elmaradt díjat ezen idő alatt sem fizeti meg, és a Biztosító a követelését bírósági úton nem érvényesíti vagy a felek halasztásban sem állapodnak meg, úgy a Szerződés az első elmaradt esedékesség napjára visszamenő hatállyal megszűnik.**
- 7.5. Amennyiben a Biztosító kockázatviselésének ideje alatt biztosítási esemény következik be, úgy az adott biztosítási időszakra járó esetlegesen elmaradt díjat a Biztosítónak jogában áll a kifizetésre kerülő szolgáltatás(ok) összegéből levonnia.
- 7.6. A Biztosító a teljes biztosítási időszakra járó díjat az első évben bírósági úton érvényesítheti. Ezt követően csak akkor élhet e jogával, ha abban az évben a szerződő fél a díjfizetést már megkezdte vagy a díjfizetés halasztásában állapodtak meg.
- 7.7. **Ha a Biztosított elhalálása miatt szűnik meg a Biztosító kockázatviselése, a Biztosító az elhalálozás hónapjának utolsó napjáig jogosult a biztosítási díjra.** Ezt követő időszakra befolyt biztosítási díjakat a Biztosító visszautalja a Szerződőnek. Az elhalálozás bejelentésének elmaradásából adódó vitás kérdéseket a Biztosított örököse(i) a Biztosítóval közvetlenül rendezik.
- 7.8. **Biztosító a biztosítási díj mértékének vagy egyéb fizetési feltételeinek változásáról az évforduló előtt 60 nappal értesíti a Szerződőt. A Szerződő legkésőbb az évforduló előtt 30 nappal nyilatkozik a Biztosító felé, hogy a díjváltozást elfogadja-e.** Amennyiben a Szerződő és a Biztosító a díjmódosítás tekintetében legalább 30 nappal az évfordulót megelőzően nem jutnak egyezsére, és jelen Szerződést legkésőbb az évforduló előtt 30 nappal egyik fél sem mondja fel, a Szerződés az eredeti tartalommal marad hatályban.
- 7.9. Amennyiben a Szerződő a díjat – díjátvételre biztosítói meghatalmazással rendelkező – többes ügynöknek fizette – legkésőbb a fizetés napjától számított negyedik napon – a biztosító számlájára vagy pénztárába beérkezettnek kell tekinteni, a szerződő fél azonban bizonyíthatja, hogy a díj korábban érkezett be.

8. A BIZTOSÍTÓ SZOLGÁLTATÁSA

A Szerződő az egyes biztosított csoportok számára az **Alfa Csoportos Egészségbiztosítás Szolgáltatási- és Díjtábla** nevű nyomtatványban található csomagok közül választhat.

9. 24 ÓRÁS ORVOSI SEGÉLYVONAL SZOLGÁLTATÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

- 9.1. A 24 órás orvosi segélyvonal szolgáltatásra a Biztosított jogosult a kockázatviselés kezdetétől a Biztosító kockázatviselésének megszűnéséig azon hónapokban, amelyekre vonatkozóan a választott csomag díja megfizetésre került a Biztosító részére.
- 9.2. A szolgáltatást a Biztosító az Ellátásszervező igénybevételével nyújtja.
- 9.3. Az orvosi segélyhívó központban szakorvosok válaszolják meg a beérkező hívásokat, és **tájékoztatást adnak a következő kérdések esetén:**
- a) egészséggel, betegséggel, gyógykezeléssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos minden olyan kérdés, melynek megválaszolása orvosi szaktudást igényel,
 - b) tájékoztatás gyógyszerek összetételét, alkalmazhatóságát, mellékhatásait, helyettesíthetőségét, árát illetően,
 - c) tájékoztatás orvosi, gyermekorvosi, fogorvosi ügyeletekről,
 - d) tájékoztatás ügyeletes gyógyszerterákról,
 - e) tájékoztatás egészségügyi intézmények elérhetőségéről.

10. MÁSODIK ORVOSI VÉLEMÉNY SZOLGÁLTATÁS KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

- 10.1. Második orvosi vélemény alatt a jelen Biztosítási Feltételek alkalmazásában a Biztosított által az Ellátásszervezőnek feltett, a Biztosított súlyos betegségre vonatkozó orvosi tárgyú kérdés alapján az érintett szakterületen magas szintű szakmai tapasztalattal rendelkező, neves nemzetközi orvos-szakértő által készített **orvosi távszakvéleményt kell érteni.**

10.2. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosítottnak az „Alfa Doktor” +36-1-461-1580-as telefonszámán bejelentett, második orvosi véleményre vonatkozó igénye. A biztosítási esemény időpontja a jelen Biztosítási Feltételek szerint **teljesíthető igény** bejelentésének időpontja.

10.2.1. A Biztosító szolgáltatása

A biztosítási esemény bekövetkezése esetén az Ellátásszervező a Biztosított által a részére rendelkezésre bocsátott orvosi dokumentumok birtokában 30 munkanapon belül beszerzi a második orvosi véleményt, amelyet magyar nyelven az egyeztetett módon átad a Biztosítottnak.

10.2.2. A biztosítási esemény bejelentése nem jelenti az Ellátásszervező azonnali rendelkezésre állását. A második orvosi vélemény elkészítésébe bevont orvosok kiválasztásában a szolgáltatást nyújtó Ellátásszervező dönt.

10.2.3. A szolgáltatás keretében készített szakvélemény célja kiegészítő információ nyújtása, és nem egy önálló orvosi diagnózis felállítása és terápiás döntés meghozatala, utóbbiak ugyanis személyes orvos-beteg találkozást tennének szükségessé; ennek megfelelően a szakvéleményért és az abban foglaltak felhasználásáért a Biztosító, illetve a szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató nem tartozik felelősséggel.

10.2.4. Második orvosi véleményre az alábbi események, illetve körülmények együttes fennállása biztosít jogosultságot:

- rendelkezésre álló első orvosi vélemény,
- az egészségügyi szolgáltató által meghatározott, a második orvosi vélemény elkészítéséhez szükséges orvosi dokumentumok Biztosított általi átadása a szolgáltatásszervező részére (az átadás történhet postai úton, faxon vagy e-mailen),
- az egészségügyi szolgáltató által meghatározott egyéb dokumentumok (különösen kérelem, kérdőív vagy jogi nyilatkozat) kitöltése és aláírása.

10.2.5. Nemzetközi második orvosi vélemény az alábbi, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező betegségek esetén kérhető:

- az életet fenyegető rákos (rosszindulatú daganatos) megbetegedés,
- szívbetegség, szív- és érsebészeti beavatkozást igénylő betegség,
- szervátültetés,
- neurológiai és idegsebészeti betegség,
- az idegrendszer degeneratív betegségei és szklerózis multiplex,
- veseelégtelenség következtében kialakult betegség, állapot,
- az életet fenyegető betegség, állapot vagy nagy bonyolultságú beavatkozás szükségessége.

10.2.6. Biztosított a második orvosi vélemény tárgyát képező betegség kapcsán a külföldi gyógykezelése megszervezését is kérheti, mely kapcsán az Ellátásszervező az alábbi szolgáltatásokat nyújtja:

- a megfelelő kórház kiválasztása és javaslattevés Biztosított részére,
- árajánlat beszerzése a javasolt kórháztól,
- a kórházi kezelés időpontjának egyeztetése.

10.2.7. A szolgáltatás a betegszállítás és a külföldi gyógykezelés költségét nem fedezi, kizárólag a gyógykezelés megszervezésében nyújt segítséget.

10.3. A szolgáltatás működése

- Biztosított „Alfa Doktor” +36-1-461-1580-as számán bejelenti a szolgáltatásra vonatkozó igényét.
- Az Ellátásszervező tájékoztatást ad a szolgáltatásról, és a Biztosítottnak megküldi a szolgáltatás igénybe vételéhez szükséges kérdőívet és jogi nyilatkozatot.
- A Biztosított a kérdőív kitöltésével, valamint jogi nyilatkozat aláírásával, a 10.4. pontban felsorolt egészségügyi dokumentumok, és mindezek Ellátásszervező részére történő megküldésével írásban kezdeményezi a szolgáltatás igénybe vételét.
- Az Ellátásszervező a Biztosítottal egyeztetett formátumban és módon (email, telefax, nyomtatott formában postai küldemény) megküldi a Biztosított részére a szakvéleményt.
- Az Ellátásszervező ezt követően a második orvosi vélemény átadása után esetlegesen szükségessé váló további távkonzultációt biztosít a Biztosított számára.

10.4. A szolgáltatást érintő egyéb tudnivalók

- A második orvosi véleményt minden esetben a Biztosított kezelőorvosai által készített leletei és a már felállított diagnózis alapján nyújtják, személyes orvosi találkozóra és vizsgálatokra nem kerül sor.
- A Biztosított **csak akkor jogosult** a második orvosi vélemény igénybe vételére, ha őt előtte a kérelmezett szakvélemény tárgyát képező betegség tekintetében egy Magyarországon orvosi tevékenység végzésére hatósági engedéllyel rendelkező orvos megvizsgálta, és a vizsgálatról leleteket készített, illetve írásos diagnózist állított fel.

- A második orvosi vélemény igénylésekor a kérelemhez a Biztosítottnak csatolnia kell az esetről készült orvosi/kórházi leleteket, laboratóriumi vizsgálati eredményeket, orvosi jelentéseket, szövetszövetmintákat, és minden egyéb vizsgálati eredményt, melyek alátámasztják a kezdeti diagnózist, továbbá csatolnia kell az Ellátásszervező által kért további jelentéseket és vizsgálati eredményeket. A Biztosított kérésére és felhatalmazásával az Ellátásszervező kapcsolatba lép a kezelőorvossal, hogy megbeszélje vele az esetet, és bekérje tőle a második orvosi véleményhez elkészítéséhez szükséges információt.
- A pótlólagosan felmerülő orvosi vizsgálatokkal és kezelésekkal, orvosi jelentések megírásával, vizsgálatokkal kapcsolatos költséget és díjakat a Biztosított fizeti.
- A második orvosi vélemény nem használható fel a Biztosított kezelőorvosa döntésének helyettesítésére, tekintve, hogy bármely klinikai döntés meghozatalához személyes orvos-beteg találkozás és tényleges orvosi kivizsgálás szükséges.
- **A második orvosi vélemény tudományos vagy jogi bizonyítékként nem felhasználható.**

11. SZOLGÁLTATÓI DÍJKEDVEZMÉNY ÉS HOZZÁ KAPCSOLÓDÓ ELLÁTÁSSZERVEZÉS IGÉNYBEVÉTELÉNEK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

11.1. A Biztosító szolgáltatása

- 11.1.1. A Biztosító az Ellátásszervezőn keresztül egészségügyi szolgáltatói partnerekből álló hálózatot bíz meg, melyeknek segítségével a Biztosított számára a Biztosított költségén, de a 11.1.4. pontban foglalt díjkedvezményrel orvosi szakellátás, diagnosztika és szűrővizsgálatok megszervezését vállalja Magyarország területén belül.
- 11.1.2. Ha a Biztosított szeretne részt venni az Ellátásszervező orvosa által javasolt szűrővizsgálatokon, vagy szakorvosi vizsgálatra, laboratóriumi vagy képalkotó (RTG, UH, CT, MRI) vizsgálatra van szüksége, úgy a biztosítással segítséget kap abban, hogy megtalálja a szükségleteinek megfelelő egészségügyi szolgáltatót, ahol az igényelt szakorvosi ellátás – térítés ellenében – elérhető.
- Az Ellátásszervező a szolgáltató ajánlásán túl a Biztosított kérésére az igényelt szakellátás megszervezését is vállalja. A szolgáltatás az információ szolgáltatását és – igény szerint – az ellátás megszervezését tartalmazza.
- A Biztosított kérésére az Ellátásszervező tájékoztatást ad arról, hogy a Biztosított által preferált településen mely szakvizsgálatok illetve szűrővizsgálatok elvégzése lehetséges, ugyancsak tájékoztatást ad Biztosítottaknak a javasolt vizsgálatok várható díjáról.
- 11.1.3. Amennyiben a Biztosított a számára az Ellátásszervező által megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem veszi igénybe, és erről legalább 24 órával korábban értesíti az „Alfa Doktor” +36-1-461-1580-as telefonszámán, úgy a Biztosított még egy alkalommal jogosult a lemondott szakvizsgálat ismételt megszervezésére. **Amennyiben a Biztosított a számára megszervezett szolgáltatást a megbeszélt időpontban nem kívánja igénybe venni, és erről legalább 24 órával korábban nem értesíti az Ellátásszervezőt, úgy a Biztosított a megszervezett szakvizsgálat ismételt megszervezésére az adott biztosítási éven belül a továbbiakban nem jogosult.**
- 11.1.4. A Biztosított az Ellátásszervező orvosa által ajánlott és az Ellátásszervező által megszervezett szűrővizsgálatok, szakorvosi vizsgálatok, laboratóriumi vagy képalkotó (RTG, UH, CT, MRI) vizsgálat díjából **az ellátásszervező számára aktuálisan elérhető kedvezmény igénybevételére jogosult. Az aktuálisan elérhető kedvezmény mértékéről az Ellátásszervező a Biztosítottat a telefonos bejelentkezés során tájékoztatja.**
- 11.1.5. **A megszervezett egészségügyi szolgáltatások kedvezménytel csökkentett díját minden esetben a Biztosított fizeti. A megszervezett egészségügyi szolgáltatások aktuális díjszabását az Egészségügyi Szolgáltató állapítja meg.**
- 11.1.6. A Biztosító és az Ellátásszervező nem felel a megszervezett szolgáltatás során végzett konkrét szakmai munkáért, az egészségügyi ellátás során a szolgáltató intézmények által végzett tevékenységért és okozott kárért közvetlenül a szolgáltató tartozik felelősséggel.

11.2. A szolgáltatás igénybevétele

A szolgáltatás működése az alábbiak szerint történik:

- A szakvizsgálat megszervezése munkanapokon reggel 8 és este 8 óra között történik.
- A Biztosított felhívja az „Alfa Doktor” +36-1-461-1580-as telefonszámát, ahol bejelenti a szolgáltatás iránti igényét.
- Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név, és azonosító szám vagy születési dátum alapján.
- Az operátor rögzíti az igényt, egyeztet a Biztosítottal az általa preferált települést és időpontot, kiválasztja az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatót, és elkezd a kért szakvizsgálat megszervezését, és tájékoztatja Biztosítottat a folyamatról.
- A szolgáltatás lebonyolítása előtt a Biztosító a szakvizsgálat szükségességét igazoló orvosi dokumentumok (szakorvosi ellátást igazoló ambuláns lap, kórházi zárójelentés, szakorvosi beutaló) bemutatását kérheti a Biztosítottól. Amennyiben a kért szakvizsgálat szükségessége orvosilag nem megalapozott, vagy ellenjavallt, a Szolgáltatásszervező a vizsgálat megszervezését megtagadhatja.
- A szolgáltatás megszervezésének határideje tizenöt (15) munkanap attól az időponttól kezdve, amikor a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges összes dokumentum a Biztosító rendelkezésére áll.

12. AZ ORVOSI ELLÁTÁS (JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS, AMBULÁNS MŰTÉTEK, LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATOK, DIAGNOSZTIKA ÉS NAGYÉRTÉKŰ DIAGNOSZTIKA, EGYNAPOS SEBÉSZET, SZŰRŐVIZSGÁLATOK ÉS GYÓGYTORNÁ SZOLGÁLTATÁS) IGÉNYBEVÉTELÉNEK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

12.1. Orvosi ellátás

12.1.1. A biztosítási esemény

Biztosítási esemény a Biztosított szűrővizsgálata, és a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező betegsége, balesete kapcsán szükségessé váló orvosilag indokolt, előre tervezhető időpontban végezhető, nem sürgős egészségügyi ellátása, ambuláns vagy egynapos sebészet keretében végzett műtete, labor- és diagnosztikai vizsgálata és gyógytorna kezelése.

12.1.2. A Biztosító mentesülése és kockázatviselésének korlátozása

A Biztosító mentesül a szolgáltatás teljesítése alól, ha a Biztosított az egyes szolgáltatásokat az Ellátásszervező által meghatározottól eltérő egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe, vagy ha az ellátás orvosilag nem indokolt.

12.1.3. Az orvosi ellátás elemei

Orvosi ellátás keretében a Biztosított a jelen fejezetben felsorolt orvosszakmákban szakorvosi ellátást, gyógytorna szolgáltatást, ambuláns vagy egynapos sebészet keretében végzett műtétet, valamint a jelen fejezetben felsorolt labor- és diagnosztikai vizsgálatokat vehet igénybe.

a) A biztosítási csomagonként igénybe vehető járóbeteg-ellátások:

Orvos szakmák	Komfort és Komfort Extra	Prémium
1. Allergológia	nem	igen
2. Angiológia	nem	igen
3. Baleseti sebészet	igen	igen
4. Belgyógyászat	igen	igen
5. Bőrgyógyászat	igen	igen
6. Diabetológia	nem	igen
7. Endokrinológia	igen	igen
8. Érssebészet	nem	igen
9. Fül-orr-gégészet	igen	igen
10. Gasztroenterológia	igen	igen
11. Gyermekgyógyászat	nem	igen
12. Hematológia	nem	igen
13. Idegsebészet	nem	igen
14. Infektológia	nem	igen
15. Kardiológia	igen	igen
16. Kézsebészet	nem	igen
17. Mellkas sebészet	nem	igen
18. Nefrológia	nem	igen
19. Neurológia	igen	igen
20. Onkológia	nem	igen
21. Ortopédia	igen	igen
22. Patológia	igen	igen
23. Rehabilitáció	nem	igen
24. Reumatológia	igen	igen
25. Általános sebészet	igen	igen
26. Sportorvoslás	nem	igen
27. Szemészet	igen	igen
28. Szívsebészet	nem	igen
29. Szülészet/nőgyógyászat	igen	igen
30. Tüdőgyógyászat	igen	igen
31. Urológia	igen	igen
32. Gyógytorna	nem	igen

b) A biztosítási csomagonként igénybe vehető labor- és diagnosztika vizsgálatok:

Labor és diagnosztikai vizsgálatok	Komfort és Komfort Extra	Prémium
1. Laboratóriumi vizsgálatok	118 paraméter	173 paraméter
2. Biopszia	igen	igen
3. Endoszkópia altatás nélkül	igen	igen
4. Endoszkópia altatásban	nem	igen
5. Mammográfia	igen	igen
6. Izotóp vizsgálatok	nem	igen
7. Ultrahang	igen	igen
8. Standard röntgen vizsgálatok	igen	igen
9. ABPM	igen	igen
10. Csontsűrűség vizsgálat	igen	igen
11. EKG (12 elvezetéses)	igen	igen
12. Holter Monitorozás	igen	igen
13. Terheléses EKG	igen	igen
14. Patológia	igen	igen
15. Epicutan allergia teszt	igen	igen
16. Dermatoszkópos vizsgálat	igen	igen
17. Audiológiai vizsgálat	igen	igen
18. Hüvelycitológia	igen	igen
19. Szcintigráfia	nem	igen
20. Spirometria	igen	igen
21. Kontrasztanyag Röntgen vizsgálatok	nem	igen
22. Neurológiai elektrofiziológiai vizsgálatok	nem	igen

c) A biztosítási csomagonként igénybe vehető nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok:

Nagyértékű diagnosztikai vizsgálatok	Preventív	Komfort és Komfort Extra	Prémium
1. CT	igen	igen	igen
2. Cardio CT	nem	nem	igen
3. MRI	igen	igen	igen
4. PET CT	igen	igen	igen

d) Igénybe vehető egynapos sebészeti ellátás:

Egynapos sebészeti ellátás kizárólag a Komfort Extra és Prémium csomag keretében vehető igénybe. A biztosítás által fedezet egynapos sebészeti ellátásokat a 2. sz. melléklet tartalmazza.

12.2. Szolgáltatási limitek

A 12.1. pontban meghatározott orvosi ellátást az alábbi keretösszegig vehetik igénybe a Biztosítottak:

Csomag neve	Éves szolgáltatási limit			
	Laboratóriumi vizsgálatok	Járóbeteg-ellátás laboratóriumi vizsgálatokkal együtt	Nagyértékű diagnosztika	Egynapos sebészet
Preventív csomag	—	—	250.000 Ft	—
Komfort csomag	25.000 Ft	300.000 Ft	250.000 Ft	—
Komfort Extra csomag	25.000 Ft	300.000 Ft	250.000 Ft	300.000 Ft
Prémium csomag	50.000 Ft	1.000.000 Ft	500.000 Ft	300.000 Ft

- 12.2.1. A Biztosított a második biztosítási évtől, minden második biztosítási évben egy alkalommal jogosult az alábbi járóbeteg-ellátások szűrővizsgálati célú igénybevételére:
- Komfort és Komfort extra csomag esetén:
hasi UH, labor (vérkép, vizelet, vércukor, vérsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid, májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt), vese funkció (KN, Creatinin))), mellkas RTG, belgyógyászat.
 - Premium csomag esetén:
hasi UH, labor (vérkép, vizelet, vércukor, vérsírok (Se koleszterin, HDL, LDL koleszterin, triglicerid, májfunkció (SGOT, GPT, GGT, ALP, SeBi (direkt, indirekt), vese funkció (KN, Creatinin))), mellkas RTG, belgyógyászat; nőgyógyászati, szemészeti és urológiai szakvizsgálat.
- 12.2.2. **A Biztosított egy biztosítási évben 100.000 Ft keretösszegig, de legfeljebb biztosítási évente 10 alkalommal jogosult gyógytorna igénybevételére.**
- 12.3. A Biztosító szolgáltatása**
- A Biztosító az igénybe vett egészségügyi ellátás költségeit teljes mértékben átvállalja, amennyiben a Biztosított a szolgáltatást az Ellátásszervező által meghatározott szolgáltatónál veszi igénybe. Kivételt képez a Komfort csomag, mely esetében a laboratóriumi és diagnosztikai vizsgálatok, valamint az orvosi ellátások költségeit 30% önrésszel, ellátásonként legfeljebb 15 000 Ft-os alkalmankénti szolgáltatási limit erejéig, utólagos térítéssel vállalja át a Biztosító.
- 12.4. Az Ellátásszervező elérhetőségeit a Biztosító a Szerződő részére eljuttatja, amelyről a Szerződő a Biztosítottakat tájékoztatja. Az orvosi ellátás igénybevételéhez a Biztosított jelentkezik be az Ellátásszervezőnél. A szolgáltatások elérhetőségének módjáról a Szerződő tájékoztatja a Biztosítottat.
- 12.5. A orvosi ellátás igénybevételéhez orvosi beutaló nem szükséges, azonban a szemészet, bőrgyógyászat, belgyógyászat, fül-orr-gégészet, sebészet, nőgyógyászat kivételével a Biztosító vagy az Ellátásszervezője előzetes orvosi vizsgálatot írhat elő (és biztosít) az ellátás indokoltságának megítélésére, illetve a biztosított által igényelt orvosi ellátás szükségességét igazoló dokumentumok és leletek bemutatását kérheti a Biztosítottól. Nagyrétkü diagnosztikai vizsgálatokhoz és gyógytorna szolgáltatáshoz szakorvosi beutaló vagy javaslat szükséges.
- 12.6. Az igénybe vehető szolgáltatásokat a Biztosító jogosult módosítani, amelyről a Szerződőt a módosítás hatályba lépése előtt 30 nappal korábban írásban értesíti. A módosításról a Szerződő köteles a Biztosítottakat tájékoztatni.
- 12.7. Biztosító a gyógytorna szolgáltatásra 1, az egynapos sebészet szolgáltatásra 3 hónap várakozási időt köt ki.

13. SZEMÉLYRE SZABOTT SZŰRŐVIZSGÁLATI CSOMAG ÖSSZEÁLLÍTÁSÁNAK ÉS MEGSZERVEZÉSÉNEK KÜLÖNÖS FELTÉTELEI

13.1. Személyre szabott szűrési terv összeállítása és megszervezése

A szolgáltatásra bármely csomaggal rendelkező Biztosítottak jogosultak.

13.1.1. A Biztosító szolgáltatása

A Biztosított telefonon kérheti az Ellátásszervezőtől a számára – az életkora és neme alapján – ajánlott szűrővizsgálatok megnevezését. Az Ellátásszervező orvosa a Biztosítottal folytatott telefonbeszélgetés során tájékozódik a Biztosított egészségi állapotáról és igényeiről. Az így szerzett információ alapján a Biztosított a számára orvosilag indokolt szűrővizsgálatokra kap javaslatot.

A Biztosított kérésére tájékoztatást kap arról, hogy az általa preferált településen mely szűrővizsgálatok elvégzése lehetséges, továbbá, hogy a javasolt vizsgálatoknak mi a várható díja.

A megszervezett szűrővizsgálatok díját minden esetben a Biztosított fizeti.

13.1.2. A szolgáltatás igénybevétele

A szolgáltatás működése az alábbiak szerint történik:

- A Biztosított felhívja az „Alfa Doktor” orvosi asszisztencia szolgáltatás +36-1-461-1580-as telefonszámát, ahol egy operátor válaszolja meg a hívást.
- Megtörténik a telefonáló azonosítása, szükség esetén a jogosultság ellenőrzése név, és azonosító szám vagy születési dátum alapján.
- Az operátor orvos munkatársnak továbbítja a hívást, aki tájékozódik a Biztosított egészségi állapotáról, és ezek alapján meghatározza a számára szükséges szűrővizsgálatokat, és tájékoztatja a Biztosítottat azok lehetséges helyszínéről és költségeiről.
- A Biztosító megbíztja a javasolt szűrővizsgálatokról a Biztosított kérésére telefonon vagy e-mail üzenetben tájékoztatást ad.

14. KIZÁRÁSOK

14.1. Általános kizárások

14.1.1. A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki azokra a biztosítási eseményekre, amelyek ok-okozati összefüggésben vannak a Biztosított alábbiakban meghatározott sporttevékenységével:

- Autómotor sportok: versenyzés gépkocsival, motorkerékpár sport, rali, motocross, ügyességi versenyek gépkocsival, gokart sport, autocrash (roncsautó) sport, motorcsónak sport.
- Repülőtevékenység: motoros, segédmotoros, illetve motor nélküli léggépjármű, ejtőernyős ugrás, sárkányrepülés, gumikötél ugrás, mezőgazdasági repülés.
- Egyéb: búvárkodás, nyílttengeri vitorlázás, vadvízi evezés, hegymászás, illetve sziklamászás, barlangászat.

14.1.2. Háborús kockázat, zavargások, felkelések esetén a Biztosító kockázatviselése nem terjed ki arra az esetre, ha a biztosítási esemény közvetlenül vagy közvetve összefüggésben áll az alábbi eseményekben történő aktív vagy passzív részvétellel:

- háború (hadüzenettel vagy anélkül), polgárháború, határvillongás, forradalom, zendülés, puccs vagy puccskísérlés, népi megmozdulás, terrorcselekmény, felvonulás, sztrájk, munkahelyi rendbontás,
- felkelésben, lázadásban, vagy zavargásban való részvétel, kivéve ha erre belföldön valamilyen hivatali vagy közszolgálati kötelességteljesítés közben kerül sor.

Jelen Biztosítási Feltétel alkalmazása szempontjából terrorcselekménynek minősül különösen az olyan erőszakos, erőszakkal fenyegető, az emberi életre, a materiális, immateriális javakra vagy az infrastruktúrára veszélyes cselekmény, amely vagy politikai, vallási, ideológiai, etnikai célok mellett foglal állást vagy valamely kormány befolyásolására vagy a társadalomban, illetve annak egy részében való félelemkeltésre irányul, illetve arra alkalmas.

14.1.3. Nem terjed ki a Biztosító kockázatviselése azokra az eseményekre sem, amelyek oka részben vagy egészben a Biztosítottnak a Biztosító kockázatviselését megelőzően megállapított maradandó egészségkárosodása. Maradandó az egészségkárosodás akkor, ha a Biztosított egészségi állapota orvosilag kialakultnak, stabilnak tekinthető.

14.1.4. Biztosító nem nyújt fedezetet, nem teljesít kárfizetést, valamint nem nyújt szolgáltatást, amennyiben ezen fedezet nyújtásával, illetve kár kifizetésével a Biztosító sértené az ENSZ határozata szerinti bármely szankciót, rendelkezést, vagy rendeletet vagy az Európai Unió, Magyarország, az Egyesült Királyság, illetve az Egyesült Államok kereskedelmi, pénzügyi embargóit vagy gazdasági szankcióit, törvényeit vagy rendeleteit, (amennyiben ezek nem sértik a Biztosítóra vonatkozó bármely szabályozást vagy adott nemzeti jogszabályt).

14.2. Az orvosi ellátás (járóbeteg-ellátás, ambuláns műtétek, laboratóriumi vizsgálatok, nagyértékű diagnosztika, szűrővizsgálatok és gyógytorna szolgáltatás) különös feltételeire vonatkozó kizárások

A Biztosító kockázatviselése nem terjed ki az alábbiakra:

- Sürgősségi ellátások, életveszély elhárítása.
- A művi terhesség-megszakítás, (kivéve az anya egészségének megőrzése, életének megmentése érdekében végrehajtott, illetve a bűncselekmény kapcsán előállított terhesség-megszakítások eseteit, illetve a magzat olyan várható rendellenességei miatti beavatkozásokat, melyek orvosi szempontból indokolják a terhesség megszakítását) terhesgondozás.
- Jogszabályban meghatározott, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, a művi meddővé tétel, továbbá a kizárólag a meddőség megszüntetésével kapcsolatos műtétek, illetve a mesterséges megtermékenyítés bármely formájával kapcsolatos vizsgálatok, kezelések és beavatkozások.
- Nemi jelleg megváltoztatására irányuló egészségügyi szolgáltatások.
- Jogszabályban meghatározott szerv és szövetátültetés körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások, vagy protézisek, mesterséges és korrekciós segédeszközök beszerzése, beültetése, vagy művesekezelés.
- Egészségügyi szakértői tevékenység.
- Esztétikai céllal végzett kezelés és sebészeti beavatkozás.
- Ápolás és haldokló páciensek gondozása (hospice), életfenntartó beavatkozások, a geriátriai ellátás, jogszabályban meghatározott krónikus betegségek rehabilitációja, gondozása, kivéve a krónikus betegségek kórismézését, a kezelésük első beállítását, az akut szakaszainak akut ellátását.
- Állapotfenntartó infúziós kezelések, (pl. akut tünetek nélküli keringésjavító kezelések, vitaminkúrák stb.), jogszabályban meghatározott emberen végzett orvostudományi kutatások.
- Orvosi illetve egészségügyi végzettséggel és működési engedéllyel nem rendelkező személy által folytatott kezelés.
- Jogszabályban meghatározott, a katasztrófa és népegészségügy körébe tartozó egészségügyi ellátások és szolgáltatások, ideértve a kötelező illetve életkorhoz és/vagy munkakörhöz kapcsolódó, a jogszabályokban és orvosi javaslatokban rögzített védőoltási kötelezettség elmulasztását.
- Alkohol, drog vagy kábítószer, illetve szenvedélybetegség, továbbá a lelki működészavarok és betegségek miatti elvonókúrák, egészségügyi ellátás vagy szolgáltatás, vizsgálatok és kezelések), a lelki működészavarok és betegségek.

- Jogszabályban meghatározott, a nem-konvencionális eljárások körébe tartozó ellátás, természetgyógyászati kezelés, akupunktúra, alternatív gyógyászat, wellness szolgáltatások, gyógypedagógiai, logopédiai ellátás.
- Jogszabályban meghatározott megelőzés, és a más jellegű megelőző ellátások, szűrővizsgálatok, orvosi vizsgálatok, ez alól kivételt képeznek a Biztosító által elrendelt egészségfelmérés részét képező szűrővizsgálatok.
- HIV-fertőzéssel okozati összefüggésben álló események, továbbá a szexuális úton átvihető betegségek miatti események (STD).
- Hajdiagnosztika.
- Injekciós kezelés.
- Visszérbetegség injekciós kezelése.
- Lézerrel végzett kezelések.
- Fogászati ellátás.
- Nemibeteg gondozás.
- Hepatitis fertőzött betegek gondozása.
- Alkalmassági vizsgálatok.
- Pszichiátriai vizsgálat, kezelés.
- Talpdiagnosztika.
- Hőtérképes vizsgálatok.
- Meddőséggel kapcsolatos orvosi ellátás, vizsgálat, diagnosztika.
- Szűrési céllal elvégzett vizsgálatok a 12.2.1. pontban felsoroltak kivételével.

14.3. Egynapos sebészeti ellátás szolgáltatás különös feltételeire vonatkozó kizárások

Nem tartoznak a biztosítási események közé az ismétlődő vagy gondozás keretében elvégzett műtéti eljárások, valamint az alábbi beavatkozások: – fénytörési hibát javító szemműtétek (PRK, LASIK, LASEK, INTRALASIK stb.);

- szépsészeti okból végzett beavatkozások;
- meddővé tétel;
- meddőséggel kapcsolatos ellátások és vizsgálatok;
- terhesség-megszakítás, kivéve a méhen kívüli terhesség miatti ellátás;
- fogászati és szájsebészeti beavatkozások;
- dialízis kezelés;
- lézerrel végzett kezelések;
- visszérbetegség lézeres vagy radiofrekvenciás kezelése, sclerotrópia.

15. A BIZTOSÍTÓ MENTESÜLÉSE

A Biztosító mentesül a biztosítási szolgáltatás kifizetése alól, ha a biztosítási esemény az alábbi körülményekkel összefüggésben következett be:

- elme és pszichiátriai kóros állapot,
- a Biztosított által (szándékosan) elkövetett bűncselekmény,
- a jogszabály szerint ionizáló vagy annak minősülő sugárzás, nukleáris energia,
- a Biztosított öngyilkossági kísérletének következtében bekövetkező egészségbiztosítási események a biztosítási tartam egészében,
- a Biztosított jogellenes, szándékosan elkövetett vagy súlyosan gondatlan magatartása, így különösen a súlyosan ittas (0,8 ezrelék véralkoholszintet elérő vagy azt meghaladó) vagy kábítószer alkalmazásának hatása alatti állapot.

16. MARADÉKJOGOK

A Csoportos Biztosítási szerződés maradékjogokkal nem rendelkezik, így nem vonatkozik rá a visszavásárlási jog és a díjmentes leszállítási joga, továbbá nincs lehetőség kötvénykölcson felvételére sem.

17. TÖBBLETHOZAM VISSZATÉRÍTÉS

A Csoportos Biztosítási szerződés többlethozam visszatérítésben nem részesedik.

18. A BIZTOSÍTÁS ELÉVÜLÉSE

A Csoportos Biztosítási szerződésből eredő igények az esedékességtől számított két éven belül elévülnek.

19. FELEK KÖZÖTTI JOGVITÁK

A szerződő Felek a közöttük felmerülő jogvitákat megkísérelik peren kívüli eljárás során megállapodással rendezni. Ennek sikertelensége esetén a Felek bármelyike a jogvita eldöntése céljából a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

20. AZ ALKALMAZOTT JOG

A szerződés tekintetében a **magyar jogrend az irányadó, az alkalmazandó jog a magyar.**

21. A PÉNZMOSÁS ÉS A TERRORIZMUS FINANSZÍROZÁSÁNAK MEGELŐZÉSE ÉS MEGAKADÁLYOZÁSA

A pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2007. évi CXXXVI. törvényben foglaltak értelmében kötelező az ügyfél-átvilágítás a jogszabályban meghatározott esetekben, így különösen a szerződéses kapcsolat keletkezésénél és a szolgáltatás igénybevételekor, illetve a 3,6 millió forintot elérő vagy meghaladó összegű üzleti megbízás teljesítése esetén. A Szerződő az azonosítás során büntetőjogi felelőssége tudatában köteles valós adatokat szolgáltatni és a szerződéses kapcsolat fennállása alatt a megadott adatokban bekövetkezett változásokat köteles 5 munkanapon belül bejelenteni a Biztosítónak.

22. BIZTOSÍTÁSI TITOK, ADATKEZELÉS

Jelen pont a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvénynek (a továbbiakban: Bit.) megfelelő számozással kizárólag a releváns rendelkezéseket tartalmazza.

22.1. Általános rendelkezések

A biztosító a Bit. felhatalmazása alapján biztosítási titoknak minősülő adatokat kezel.

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Biztosítási titok minden olyan – minősített adatot nem tartalmazó –, a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő rendelkezésére álló adat, amely a biztosító, a viszontbiztosító, a biztosításközvetítő ügyfeleinek – ideértve a károsultat is – személyi körülményeire, vagyoni helyzetére, illetve gazdálkodására vagy a biztosítóval, illetve a viszontbiztosítóval létrejött biztosítási jogviszonyára vonatkozik.

22.2. A biztosítási titok

Bit. 135. §

- (1) A biztosító jogosult kezelni ügyfeleinek azon biztosítási titoknak minősülő adatait, amelyek a biztosítási jogviszonnyal, annak létrejöttével, nyilvántartásával, a szolgáltatással összefüggnek. Az adatkezelés célja csak a biztosítási jogviszony létrejöttéhez, módosításához, állományban tartásához, a biztosítási jogviszonyból származó követelések megítéléséhez szükséges, vagy a Bit. által meghatározott egyéb cél lehet.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott céltól eltérő célból végzett adatkezelést biztosító csak az ügyfél előzetes hozzájárulásával végezhet. A hozzájárulás megtagadása miatt az ügyfelet nem érheti hátrány, és annak megadása esetén részére nem nyújtható előny.
- (3) A biztosítási titok tekintetében, időbeli korlátozás nélkül – ha törvény másként nem rendelkezik – titoktartási kötelezettség terheli a biztosító tulajdonosait, vezetőit, alkalmazottait és mindazokat, akik ahhoz a biztosítóval kapcsolatos tevékenységük során bármilyen módon hozzájutottak.

Bit. 136. §

Az ügyfél egészségi állapotával összefüggő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvényben (a továbbiakban: Eüak.) meghatározott egészségügyi adatokat a biztosító a 135. § (1) bekezdésében meghatározott célokból, az Eüak. rendelkezései szerint, kizárólag az érintett kifejezett hozzájárulásával kezelheti.

Bit. 137. §

Biztosítási titok csak akkor adható ki harmadik személynek, ha

- a) a biztosító ügyfele vagy annak képviselője a kiszolgáltatható biztosítási titokkört pontosan megjelölve, erre vonatkozóan írásban felmentést ad,
- b) a Bit. alapján a titoktartási kötelezettség nem áll fenn,
- c) a biztosító által megbízott tanúsító szervezet és alvállalkozója ezt a tanúsítási eljárás lefolytatása keretében ismeri meg.

Bit. 138. §

- (1) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn
 - a) a feladatkörében eljáró Magyar Nemzeti Bankkal, mint felügyeleti szervvel,
 - b) az előkészítő eljárást folytató szervvel, a nyomozó hatósággal és az ügyészséggel,
 - c) büntetőügyben, polgári peres vagy nemperes eljárásban, közigazgatási perben eljáró bírósággal, a bíróság által kirendelt szakértővel, továbbá a végrehajtási ügyben eljáró önálló bírósági végrehajtóval, a csődeljárásban eljáró vagyongfelügyelővel, a felszámolási eljárásban eljáró ideiglenes vagyongfelügyelővel, rendkívüli vagyongfelügyelővel, felszámolóval, a természetes személyek adósságrendezési eljárásában eljáró főhitelezővel, Családi Csődvédelmi Szolgálattal, családi vagyongfelügyelővel, bírósággal

- d) a hagyatéki ügyben eljáró közjegyzővel, továbbá az általa kirendelt szakértővel,
- e) a (2) bekezdésben foglalt esetekben az adóhatósággal,
- f) a feladatkörében eljáró nemzetbiztonsági szolgálattal,
- g) a feladatkörében eljáró Gazdasági Versenyhivattal,
- h) a feladatkörében eljáró gyámhatósággal,
- i) az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 108. § (2) bekezdésében foglalt esetben az egészségügyi államigazgatási szervvel,
- j) törvényben meghatározott feltételek megléte esetén a titkos információgyűjtésre felhatalmazott szervvel,
- k) a viszontbiztosítóval, a csoport másik vállalkozásával, valamint együttbiztosítás esetén a kockázatvállaló biztosítókkal,
- m) az állományátruházás keretében átadásra kerülő biztosítási szerződési állomány tekintetében – az erre irányuló megállapodás rendelkezései szerint – az átvevő biztosítóval,
- o) a kiszervezett tevékenység végzéséhez szükséges adatok tekintetében a kiszervezett tevékenységet végzővel, továbbá a könyvvizsgálói feladatok ellátásához szükséges adatok tekintetében a könyvvizsgálóval,
- q) a feladatkörében eljáró alapvető jogok biztosával,
- r) a feladatkörében eljáró Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósággal,
- u) a felszámoló szervezeteket nyilvántartó hatósággal,

szemben, ha az a)–j), és u) pontban megjelölt szerv vagy személy adatkéréssel, illetve írásbeli megkereséssel fordul hozzá, amely tartalmazza az ügyfél nevét vagy a biztosítási jogviszony megjelölését, a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját, azzal, hogy a q)–r) pontban megjelölt szerv vagy személy kizárólag a kért adatok fajtáját, az adatkérés célját és jogalapját köteles megjelölni. A cél és a jogalap igazolásának minősül az adat megismerésére jogosító jogszabályi rendelkezés megjelölése is.

- (2) Az (1) bekezdés e) pontja alapján a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége abban az esetben nem áll fenn, ha adóügyben, az adóhatóság felhívására a biztosítót törvényben meghatározott körben nyilatkozattételi kötelezettség, vagy ha biztosítási jogviszonyból eredő adókötelezettség alá eső kifizetésről törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettség terheli.
- (4) A biztosító az (1) és (6) bekezdésekben, a 137. §-ban, a 140. §-ban és a 141. §-ban meghatározott esetekben és szervezetek felé az ügyfelek személyes adatait továbbíthatja.
- (5) A biztosítási titoktartási kötelezettség az eljárás keretén kívül az (1) bekezdésben meghatározott szervek alkalmazottaira is kiterjed.
- (6) A biztosító a nemzetbiztonsági szolgálat, az előkészítő eljárást folytató szerv, a nyomozó hatóság, az ügyészség, továbbá a bíróság adatkérésére, illetve írásbeli megkeresésére akkor is köteles haladéktalanul, írásban tájékoztatást adni, ha adat merül fel arra, hogy a biztosítási ügylet
 - a) a 2013. június 30-ig hatályban volt 1978. évi IV. törvényben foglaltak szerinti kábítószerrel visszaéléssel, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel,
 - b) a Btk. szerinti kábítószer-kereskedelemmel, kábítószer birtoklásával, kóros szenvedélykeltéssel vagy kábítószer készítésének elősegítésével, új pszichoaktív anyaggal visszaéléssel, terrorcselekménnyel, terrorcselekmény feljelentésének elmulasztásával, terrorizmus finanszírozásával, robbanóanyaggal vagy robbantószerrel visszaéléssel, lőfegyverrel vagy lőszerral visszaéléssel, pénzmosással, bünszövetségben vagy bünszervezetben elkövetett bűncselekménnyel van összefüggésben.
- (7) A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha a biztosító vagy a viszontbiztosító az Európai Unió és az ENSZ Biztonsági Tanácsa által elrendelt pénzügyi és vagyoni korlátozó intézkedések végrehajtásáról szóló törvény meghatározott bejelentési kötelezettségének tesz eleget.
- (8) Nem jelenti a biztosítási titok és az üzleti titok sérelmét a felügyeleti ellenőrzési eljárás során a csoportfelügyelet esetében a csoportvizsgálati jelentésnek a pénzügyi csoport irányító tagja részére történő átadása.

Bit. 139. §

A biztosítási titok megtartásának kötelezettsége nem áll fenn abban az esetben, ha

- a) a magyar bűnüldöző szerv - nemzetközi kötelezettségvállalás alapján külföldi bűnüldöző szerv írásbeli megkeresésének teljesítése céljából - írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot,
- b) a pénzügyi információs egységként működő hatóság a pénzmosás és a terrorizmus finanszírozása megelőzéséről és megakadályozásáról szóló 2017. évi LIII. törvényben meghatározott feladatkörében eljárva vagy külföldi pénzügyi információs egység írásbeli megkeresésének teljesítése céljából írásban kér biztosítási titoknak minősülő adatot, valamint ha a biztosító csoportszinten meghatározott pénzmosás és terrorizmusfinanszírozás elleni politikához és eljáráshoz kapcsolódó kötelezettségét teljesíti.

Bit. 140. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét a biztosító által a harmadik országbeli biztosítóhoz, viszontbiztosítóhoz vagy harmadik országbeli adatfeldolgozó szervezethez történő adattovábbítás abban az esetben:

- a) ha a biztosító ügyfele (a továbbiakban: adatalany) ahhoz írásban hozzájárult, vagy
- b) ha – az adatalany hozzájárulásának hiányában – az adattovábbítás a személyes adatok harmadik országba való továbbítására vonatkozó előírásoknak megfelel.

- (2) A biztosítási titoknak minősülő adatoknak másik tagállamba történő továbbítása esetén a belföldre történő adattovábbításra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

Bit. 141. §

- (1) Nem jelenti a biztosítási titok sérelmét
 - a) az olyan összesített adatok szolgáltatása, amelyből az egyes ügyfelek személye vagy üzleti adata nem állapítható meg,
 - c) a jogalkotás megalapozása és a hatásvizsgálatok elvégzése céljából a miniszter részére személyes adatnak nem minősülő adatok átadása,
 - d) a pénzügyi konglomerátumok kiegészítő felügyeletéről szóló törvényben foglalt rendelkezések teljesítése érdekében történő adatátadás.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott adatok átadását a biztosító a biztosítási titok védelmére hivatkozva nem tagadhatja meg.

Bit. 142. §

- (1) Az adattovábbítási nyilvántartásban szereplő személyes adatokat az adattovábbítástól számított öt év elteltével, a különleges adatnak vagy bűnügyi személyes adatnak minősülő adatok továbbítása esetén húsz év elteltével törölni kell.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító az érintett személyt nem tájékoztathatja a 138. § (1) bekezdés b), f) és j) pontjai, illetve a 138. § (6) bekezdése alapján végzett adattovábbításokról.
- (3) A biztosító a személyes adatokat a biztosítási, illetve a megbízási jogviszony fennállásának idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási, illetve a megbízási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

Bit. 143. §

- (1) A biztosító a létre nem jött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatokat kezelhet, ameddig a jogviszony létrejöttének meghiúsulásával kapcsolatban igény érvényesíthető.
- (2) A biztosító és a viszontbiztosító köteles törölni minden olyan, ügyfeleivel, volt ügyfeleivel vagy létre nem jött biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos személyes adatot, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt, vagy amelynek kezeléséhez az érintett hozzájárulása nem áll rendelkezésre, illetve amelynek kezeléséhez nincs törvényi jogalap.
- (3) A Bit. alkalmazásában az elhunyt személyhez kapcsolódó adatok kezelésére a személyes adatok kezelésére vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadók.
- (4) Az elhunyt személlyel kapcsolatba hozható adatok tekintetében az érintett jogait az elhunyt örököse, illetve a biztosítási jogviszonyban nevesített jogosult is gyakorolhatja.

Bit. 147. §

- (1) Biztosító jogutód nélküli megszűnése esetén a biztosító által kezelt üzleti titkot tartalmazó irat a keletkezésétől számított hatvan év múlva a levéltári kutatások céljára felhasználható.
- (2) Nem lehet üzleti titokra vagy biztosítási titokra hivatkozással visszatartani az információt a közérdekű adatok nyilvánosságára és a közérdekből nyilvános adatra vonatkozó adatszolgáltatási kötelezettség esetén.
- (3) Az üzleti titokra és a biztosítási titokra egyebekben a Ptk.-ban és az üzleti titok védelméről szóló 2018. évi LIV. törvényben foglaltakat kell megfelelően alkalmazni.

22.3. A veszélyközösség védelme céljából történő adatátadás**A Bit. 149. §**

- (1) A biztosító (a továbbiakban: megkereső biztosító) – a veszélyközösség érdekeinek a megóvása érdekében – a jogszabályokban foglalt vagy a szerződésben vállalt kötelezettségének teljesítése során a szolgáltatások jogszabályoknak és szerződésnek megfelelő teljesítése, a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megakadályozása céljából megkereséssel fordulhat más biztosítóhoz (a továbbiakban: megkeresett biztosító) az e biztosító által – a 135. § (1) bekezdésében meghatározottak szerint, a biztosítási termék sajátosságainak a figyelembevételével – kezelt és a (3)-(6) bekezdésben meghatározott adatok vonatkozásában, feltéve, ha a megkereső biztosító erre vonatkozó jogosultsága a biztosított és a biztosító között létrejött biztosítási jogviszonyban rögzítésre került.
- (2) A megkeresett biztosító a jogszabályoknak megfelelő megkeresés szerinti adatokat a megkeresésben meghatározott megfelelő határidőben, ennek hiányában a megkeresés kézhezvételétől számított tizenöt napon belül köteles átadni a megkereső biztosítóknak.
- (3) A megkereső biztosító baleset, betegség ágazathoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított személy adatfelvételkori, a szerződéses kockázattal kapcsolatos egészségi állapotára vonatkozó adatokat;
 - c) az a) pontban meghatározott személyt érintő korábbi – az e bekezdésben meghatározott ágazathoz tartozó szerződéssel kapcsolatos – biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;
 - d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
 - e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (4) A megkereső biztosító tűz- és elemi károk, egyéb vagyoni kárkülönböző pénzügyi veszteségek, segítségnyújtás ágazathoz tartozó szerződés teljesítésével kapcsolatban az alábbi adatokat kérheti:
 - a) a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett és a károsult személy azonosító adatait;
 - b) a biztosított vagyontárgyak, követelések vagy vagyoni jogok beazonosításához szükséges adatokat;
 - c) a b) pontban meghatározott vagyontárgyakat, követeléseket vagy vagyoni jogokat érintően bekövetkezett biztosítási eseményekre vonatkozó adatokat;

- d) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés megkötésével kapcsolatban felmerült kockázat felméréséhez szükséges adatokat; és
- e) a megkeresett biztosítónál megkötött szerződés alapján teljesítendő szolgáltatások jogalapjának vizsgálatához szükséges adatokat.
- (7) Az (1) bekezdésben meghatározott megkeresésnek tartalmaznia kell az ott meghatározott személy, vagyontárgy vagy vagyoni jog azonosításához szükséges adatokat, a kért adatok fajtáját, valamint az adatkérés céljának megjelölését. A megkeresés és annak teljesítése nem minősül a biztosítási titok megsértésének. A megkereső biztosító felelős az (1) bekezdésben meghatározott megkeresési jogosultság tényének fennállásáért.
- (8) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként tudomására jutott adatot a kézhezvételt követő kilencven napig kezelheti.
- (9) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, az adatkezelés (8) bekezdésben meghatározott időtartama meghosszabbodik az igény érvényesítésével kapcsolatban indult eljárás befejezéséig.
- (10) Ha a megkeresés eredményeként a megkereső biztosító tudomására jutott adat e biztosító jogos érdekeinek az érvényesítéséhez szükséges, és az igény érvényesítésével kapcsolatban az eljárás megindítására az adat megismerését követő egy évig nem kerül sor, az adat a megismerést követő egy évig kezelhető.
- (11) A megkereső biztosító az (1) bekezdésben meghatározott megkeresés és a megkeresés teljesítésének tényéről, továbbá az abban szereplő adatok köréről a megkereséssel érintett ügyfelet a biztosítási időszak alatt legalább egyszer értesíti.
- (12) Ha az ügyfél a személyes adataihoz való hozzáférést kér és a megkereső biztosító – a (8)–(10) bekezdésben meghatározottakra tekintettel – már nem kezeli a kérelemmel érintett adatokat, akkor ennek a tényéről kell tájékoztatni a kérelmezőt.
- (13) A megkereső biztosító a megkeresés eredményeként kapott adatokat biztosított érdekre nem vonatkozó, tudomására jutott, illetve általa kezelt egyéb adatokkal az (1) bekezdésben meghatározottól eltérő célból nem kapcsolhatja össze.
- (14) A megkeresésben megjelölt adatok teljesítésének a helyességéért és pontosságáért a megkeresett biztosító a felelős.

23. EGYÉB RENDELKEZÉSEK

23.1. Egészségügyi adatokra vonatkozó rendelkezések

A szolgáltatási igény bejelentésekor a biztosított felmenti az orvosi titoktartás alól egyrészt a kezelő és vizsgáló orvosokat, egészségügyi intézményeket, másrészt a társadalombiztosítási igazgatási szerveket azon – az egészségi állapottal, fennálló és korábbi betegségekkel, balesetekkel, esetleges halál bekövetkeztével összefüggő – adatoknak a biztosító részére való továbbítása tekintetében, amelyek a biztosító számára a szolgáltatási igény elbírálásához szükségesek

Ha a biztosított a biztosítási jogviszony szempontjából lényeges körülmények vonatkozásában a titoktartási kötelezettség alól a kezelőorvosokat nem menti fel, úgy a biztosító annyiban mentesül a fizetési kötelezettség alól, amennyiben emiatt a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges lényeges körülmények kideríthetetlenekké válnak.

24. A BIZTOSÍTÓ ADATAI

24.1. Általános adatok

Név: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
Székhely: 1091 Budapest, Üllői út 1.
Cégjegyzékszám: 01-10-041365 Fővárosi Törvényszék Cégbírósága
Adószám: 10389395-4-44
Felügyeleti szerv: Magyar Nemzeti Bank

24.2. Ügyfélszolgálatok

Személyes ügyfélszolgálat: A biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeinek (Ügyfélszolgálati Irodák, Értékesítési pontok) címe és nyitvatartási ideje, valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alábbi linken található: www.alfa.hu/ugyintezes/elerhetosegek.html

Telefonszám: (+36-1) 477-4800

Elektronikus elérhetőség: alfa.hu/irjonnekunk

24.3. Éves jelentés közzététele

A biztosító köteles évente jelentést közzétenni fizetőképességéről és pénzügyi helyzetéről. A jelentés a biztosító honlapján (www.alfa.hu) megtalálható.

25. PANASZKEZELÉS

25.1. Általános rendelkezések

A biztosító biztosítja, hogy a szerződő, a biztosított, a kedvezményezett, a károsult és a biztosító szolgáltatására jogosult más személy és a fogyasztói érdekképviseleti szervek (a továbbiakban együtt: ügyfél) a biztosító, a megbízásából eljáró ügynök, vagy – adott termék kapcsán – az általa megbízott kiegészítő biztosításközvetítői tevékenységet végző személy magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó panaszát szóban vagy írásban közölhesse.

A Panaszkezelési szabályzat és a panaszbejelentéshez kapcsolódó nyomtatványok az alábbi oldalon találhatók: www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html#nyomtatvanyok.

25.2. Panasz az alábbi elérhetőségeken tehető:

Személyesen: valamennyi, a biztosító ügyfelek számára nyitva álló helyiségeiben (Budapesti Ügyfélszolgálati Iroda, Értékesítési pontok), azok nyitvatartási idejében.

Telefonon: a (+36-1) 477-4800 telefonszámon.

Az irodák címe és nyitvatartási ideje, valamint a telefonos ügyfélszolgálat nyitvatartási ideje az alábbi oldalon található: www.alfa.hu/ugyintezes/elherhetosegek.html

Postai úton: Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. Panasz és kiemelt ügykezelési csoport, 9401 Sopron, Pf. 22

Telefaxon: (+36-1) 476-5791

Elektronikus úton: a www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html oldalon elhelyezett online panaszbejelentőn

E-mail címen: panasz@alfa.hu e-mail címen

Adatkezelési ügyekben:

Elektronikus úton: a www.alfa.hu/adatvedelem oldalon

E-mail címen: adatvedelem@alfa.hu e-mail címen

Szóbeli panasz személyesen vagy telefonon tehető.

A telefonos ügyfélszolgálaton keresztül a biztosító munkatársai ügyfélfogadási időben személyesen fogadják az ügyfelek panaszait.

A biztosító az ügyfél telefonon történő panaszbejelentése esetében az ésszerű várakozási időn belüli hívásfogadás és ügyintézés biztosítására törekszik. Ennek keretében a hívás sikeres felépülésének időpontjától számított 5 (öt) percen belüli élőhangos bejelentkezés érdekében úgy jár el, ahogy az az adott helyzetben a biztosítótól elvárható.

Írásbeli panasz személyesen vagy más személy által az ügyfélforgalom számára nyitva álló helyiségben átadott irat útján, postai úton, telefaxon vagy elektronikus úton tehető.

26. JOGORVOSLATI FÓRUMOK

26.1. Általános rendelkezések

A panasz teljes vagy részleges elutasítása vagy a panasz kivizsgálására előírt 30 napos törvényi válaszadási határidő eredménytelen eltelte esetén az ügyfél az alábbi jogorvoslati fórumokhoz fordulhat.

26.2. A fogyasztónak minősülő ügyfelek részére nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

Fogyasztón az önálló foglalkozásán és gazdasági tevékenységén kívül eső célok érdekében eljáró természetes személyt kell érteni.

Az ügyfél a biztosítási jogviszony létrejöttével, érvényességével, joghatásaival és megszűnésével, továbbá szerződésszegéssel és annak joghatásaival kapcsolatos jogvita esetén a Pénzügyi Békéltető Testülethez, vagy a polgári perrendtartás szabályai szerint bírósághoz fordulhat.

A biztosító magatartására, tevékenységére vagy mulasztására vonatkozó – a Magyar Nemzeti Bankról szóló 2013. évi CXXXIX. törvény – fogyasztóvédelmi rendelkezéseinek megsértése esetén, az ügyfél fogyasztóvédelmi ellenőrzési eljárást kezdeményezhet a Magyar Nemzeti Banknál.

Elérhetőségek:

Pénzügyi Békéltető Testület

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.

Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.

Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1525 Budapest, Pf. 172

Telefon: (+36) 80-203-776

E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu

Az Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. a Pénzügyi Békéltető Testület előtt általános alávetési nyilatkozatot nem tett. Amennyiben az ügyfél kérelme megalapozott és az érvényesíteni kívánt igénye – sem a kérelemben, sem a kötelezést tartalmazó határozat meghozatalakor – nem haladja meg az egymillió forintot, a Pénzügyi Békéltető Testület kötelezést tartalmazó határozatot hozhat.

Magyar Nemzeti Bank – Pénzügyi Fogyasztóvédelmi Központ

Székhely: Magyar Nemzeti Bank, 1013 Budapest, Krisztina krt. 55.
Ügyfélszolgálat: 1122 Budapest, Krisztina krt. 6.
Levelezési cím: Magyar Nemzeti Bank, 1534 Budapest BKKP, Pf. 777
Telefon: (+36) 80-203-776
E-mail cím: ugyfelszolgalat@mnbb.hu
Honlap: www.mnbb.hu/fogyasztovedelem

Online vitarendezési platform

Az Európai Unióban tartózkodási hellyel rendelkező ügyfelek és az Európai Unióban letelepedett szolgáltatók közötti, online szolgáltatási szerződésekből eredő kötelezettségekkel kapcsolatban felmerülő jogviták, így az online létrejött biztosítási jogviszonyokkal összefüggő pénzügyi fogyasztói jogviták bírósági eljárásen kívüli rendezésére szolgáló platform. Az ügyfél online vitarendezési platformon keresztül online kezdeményezheti a jogvita bírósági eljárásen kívüli rendezését a közösen megválasztott vitarendezési fórumnál. Magyarországon a pénzügyi fogyasztói jogviták rendezésére a Pénzügyi Békéltető Testület jogosult.

Az online vitarendezési platform honlapja: <http://ec.europa.eu/odr>

Bíróság

Az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság megtalálható a www.birosag.hu oldalon.

Nyomtatvány igénylése

A Pénzügyi Békéltető Testület, illetve a Magyar Nemzeti Bank előtt megindítható eljárás alapjául szolgáló „Kérelem” nyomtatvány a biztosító alábbi elérhetőségein igényelhető:

Telefonon: (+36) 1-477-4800
Postai úton: 9401 Sopron, Pf. 22
E-mailen: panasz@alfa.hu

A biztosító a nyomtatványt igazolható módon, költségmentesen küldi ki – az ügyfél kérésének megfelelően – e-mailen vagy postai úton, valamint elérhetővé teszi az ügyfélszolgálat részére nyitva álló helyiségeiben és a www.alfa.hu oldalon is: www.alfa.hu/ugyintezes/panaszbejelentes.html#nyomtatvanyok.

26.3. Fogyasztónak nem minősülő ügyfelek számára nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A fogyasztónak nem minősülő ügyfél, panaszának a biztosítóhoz történő benyújtását követően jogorvoslatért az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bírósághoz fordulhat.

Az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság megtalálható a www.birosag.hu oldalon.

26.4. A Biztosító adatkezelését érintő panaszok esetén nyitva álló jogorvoslati lehetőségek

A biztosító adatkezelését érintő adatvédelmi panasz esetén, amennyiben az ügyfél a biztosító adatkezeléssel összefüggő panaszra adott válaszával nem ért egyet, 30 napon belül bírósághoz, illetve ha a panasz adatkezeléssel összefüggő tájékoztatás, helyesbítés, zárolás vagy törlés biztosító általi megtagadásával függ össze, a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz is fordulhat.

Elérhetőségek:

Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság

Székhely: 1055 Budapest, Falk Miksa utca 9–11.
Levelezési címe: 1363 Budapest Pf. 9
Telefon: (+36) 1-391-1400
E-mail cím: ugyfelszolgalat@naih.hu
Honlap: www.naih.hu

Bíróság

Az ügyre hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság megtalálható a www.birosag.hu oldalon.

1. számú melléklet

Fedezett laborvizsgálatok az egyes egészségbiztosítási csomagok esetén

Megnevezés	Típus	Komfort és Komfort Extra	Prémium
Vérkép és kiegészítői	Teljes vérkép (kvantitatív + kvalitatív) automatával	x	x
	Teljes vérkép (kvantitatív + kvalitatív) mikroszkóppal	x	x
	A perifériás vér elemzésére; reticulocytá szám, kézi	x	x
	Vérsüllyedés, hagyományos módszerrel vagy automata használatával	x	x
Véralvadási paraméterek	Alvadási idő, aktivált	x	x
	Tromboplasztinidő, részleges (PTT), a szérum vagy össz. vér	x	x
	Alvadási idő	x	x
	Vérzési idő	x	x
	Protrombin időt	x	x
	Fibrinogén aktivitás	x	x
	Fibrin degradációs termékek, D-dimer	x	x
Biokémiai és enzimvizsgálatok	Az összkoleszterin, szérum vagy össz. vér	x	x
	Lipid profil	x	x
	Triglicerid	x	x
	Lipoproteinek, közvetlen mérés, koleszterin HDL	x	x
	Összfehérje	x	x
	Albumin, szérum	x	x
	Globulin, szérum	x	x
	Aszpartát-aminotranszferáz (ASAT) (SGOT)	x	x
	Alanin-aminotranszferáz (ALAT), (SGPT)	x	x
	Bilirubin, a össz.	x	x
	Bilirubin, direkt	x	x
	Amiláz	x	x
	Lipáz	x	x
	Szőlőcukor, szőlőcukor tesztcsík módszerrel		x
	Glükóz (vércukor)	x	x
	Terheléses vércukor vizsgálat (éhgymri és 75 g glucose után 60, és/vagy 120 perces vércukor érték)	x	x
	Terheléses vércukor, minden további minta	x	x
	Savas foszfatáz, a össz.	x	x
	Savas foszfatáz prosztata	x	x
	Alkalikus-foszfatáz (ALP)	x	x
	Alkalikus-foszfatáz – izoenzim	x	x
	Glutamiltranszferáz, gamma (GGT)	x	x
	A kreatin-kináz (CK), (CPK), csak MB-frakció	x	x
	A kreatin-kináz (CK), (CPK), össz.	x	x
	Húgsav	x	x
	Kreatinin a vérben	x	x
	Karbamid nitrogén	x	x
	Fehérje elektroforézis		x
	Immun elektroforézis – Immunfixáció (szérum és vizelet elektroforézissel)		x
	C-reaktív protein	x	x
	Nagy érzékenységű (hs-high sensitiv) CRP		x
	Glikált hemoglobin (HbA1C)	x	x
	Folsav	x	x
	Nátrium, szérum	x	x

Megnevezés	Típus	Komfort és Komfort Extra	Prémium
Biokémiai és enzimvizsgálatok (folyt.)	Kálium, szérum	x	x
	Magnézium	x	x
	Klorid	x	x
	Cink	x	x
	Ólom	x	x
	Kalcium, össz.	x	x
	Kalcium, ionizált	x	x
	Vas (Fe)	x	x
	Ferritin	x	x
	Transferrin	x	x
	Össz. vaskötő kapacitás (TVK)	x	x
	Réz	x	x
	Laktát-dehidrogenáz (LD), (LDH)	x	x
	Ceruloplazmin	x	x
	Cianokobalamin (B12 vitamin)	x	x
	D3-vitamin	x	x
	Transferrin	x	x
	Troponin; mennyiségi	x	x
	Béta-2-mikroglobulin	x	x
	C-peptid	x	x
	Alfa 1-antitripszin, össz.	x	x
Immunológiai vizsgálatok	Anti-humán globulin teszt (Coombs-teszt), direkt	x	x
	A reumatoid faktor, mennyiségi értékelése	x	x
	Gammaglobulin, IgA, IgD, IgG, IgM,	x	x
	Gammaglobulin; IgE	x	x
	Hepatitis B, anti-vírus HBsAb	x	x
	Hepatitis B, anti-vírus core HBcAb ellenanyag, a össz.	x	x
	Hepatitis B, anti-vírus core HBcAb antitestek IgM antitestek	x	x
	Antitest; toxoplazmózis		x
	Antitest, toxoplazmózis, IgM		x
	Anti-Chlamydia antitest		x
	Anti-Borrelia antitest		x
	Chlamydia, IgM		x
	Antitest; Mycoplasma		x
	Antitest; thyreoglobulin-elleni	x	x
	Antitest;Epstein Barr	x	x
	Helicobacter pylori- elleni antitest vérből	x	x
	Cytomegalovírus (CMV), IgM	x	x
	Hepatitis C, érzékelési teszt (pl. immunoblot)		x
	Hepatitis C elleni antitest	x	x
	Hepatitis B felületi antigén (HBsAg)	x	x
	Hepatitis A elleni antitest (HAAb), a össz.	x	x
	Hepatitis A elleni antitest (HAAb); IgM antitestek	x	x
	Hepatitis B, HBeAg	x	x
	Az antinukleáris antitestek (ANA)	x	x
	Antitest; Varicella-zoster (bárányhimlő)		x
	HSV1, HSV 2		x
	Mikroszomális antitestek (pl. pajzsmirigy vagy anti- máj-vese)		x
	Antitest; Coeliakia IgA antitestek	x	x
	Antitest; rotavírus		x

Megnevezés	Típus	Komfort és Komfort Extra	Prémium
Immunológiai vizsgálatok (folyt.)	Antitest; rózsahimlő		x
	Antitest; kanyaró		x
	Antitest; mumpsz		x
	Allergén-specifikus IgE immunglobulin, kvalitatív, (nutritív panel, légúti panel)		x
	Allergén-specifikus Ig G immunglobulin (ételintolerancia vizsgálat 64 féle étel)		x
	Allergén-specifikus Ig G immunglobulin (ételintolerancia vizsgálat 224 féle étel)		x
Vizelet vizsgálat	Fehérje a vizeletben (egyszeri vizeletből)	x	x
	Albumin, vizelet vagy más mintával, mennyiségi	x	x
	24 órás gyűjtött vizelet mikroalbuminuria	x	x
	Teljes vizelet+üledék	x	x
	Vizelet nátrium szint		x
	Vizelet kálium szint		x
	Vizelet kalcium szint (mennyiségi, minta egységnyi idő)		x
	Vizelet klorid szint		x
	Vanillylmandelic sav (VMA)		x
Széklet vizsgálat	Okkult vérzés vizsgálata, széklet Weber	x	x
	Okkult vér vizsgálata immunológiai módszerrel (humán specifikus vér)	x	x
	Széklet calprotectin mennyiségi+ minőségi is	x	x
	Enterobiosis teszt (celofán-teszt)		x
	Helicobacter pylori antigén kimutatása székletből	x	x
	Clostridium difficile toxin meghatározás, tenyésztés		x
Szerológiai tesztek	HIV-1, HIV-2-		x
	Szifilisz teszt, kvalitatív (pl. VDRL, RPR, ART)		x
	Vércsoport meghatározás, az ABO, Rh (D) vércsoport rendszerben+ ellenanyag	x	x
Hormonok és metabolitok vizsgálata	HCG		x
	FSH	x	x
	LH	x	x
	A pajzsmirigy-stimuláló hormon (TSH)	x	x
	Az inzulin, össz.	x	x
	Inzulin, szabad	x	x
	Trijódttironin T3, szabad	x	x
	Tiroxin, szabad	x	x
	Tiroxin, össz.		x
	Trijódttironin T3, össz. (CT3)		x
	Glükóz, testfolyadékokban (nem vér)		x
	Kalcitonin	x	x
	Kortizol, szabad	x	x
	Kortizol, össz.	x	x
	Parathormon	x	x
	Progeszteron	x	x
	Prolaktin	x	x
	Thyreoglobulin	x	x
	Tesztoszteron, szabad	x	x
	Tesztoszteron, össz.	x	x
	DHEA	x	x
	Eritropoetin		x
	Homocisztein		x
	Pajzsmirigy hormonok (T3 és T4) – felvétel, vagy pajzsmirigy hormonkötő ráta (THBR)	x	x
	Aldoszteron	x	x

Megnevezés	Típus	Komfort és Komfort Extra	Prémium
Hormonok és metabolitok vizsgálata (folyt.)	Androsztendion (DHEA-S)	x	x
	Androsterone	x	x
	Ösztradiol (ösztrógen)	x	x
	Ösztriol	x	x
Mikrobiológiai vizsgálat	Baktériumtenyésztés vizeletből	x	x
	Haemokultúra		x
	Baktériumtenyésztés – aerob körülmények között, egyéb testnedvekből	x	x
	Baktériumtenyésztés – anaerob körülmények között, egyéb testnedvekből	x	x
	Baktériumtenyésztés – aerob+ anaerob körülmények között, székletből	x	x
	Rotavírus kimutatása székletből		x
	Adenovírus kimutatása székletből		x
	Féreg, parazita kimutatás székletből		x
	Parazita kimutatás testnedvből		x
	Mycoplasma tenyésztés		x
	Chlamydia tenyésztés		x
	Mycobacterium tenyésztés		x
	Gomba tenyésztés; bőr, a haj vagy a köröm, egyéb minták		x
Tumor markerek	Prostata specifikus antigén – PSA, összesen	x	x
	Prostata specifikus antigén – PSA, szabad	x	x
	CA 125		x
	HE4		x
	Immunoassay teszt tumor antigén, mennyiségi, CA 15-3 (27,29)		x
	CA 19-9		x
	CA 72-4		x
	Carcino embrionális antigén-(CEA)		x
	Alfa-foetoprotein (AFP), szérum		x
Gyógyszerszintek	Karbamazepin (össz.)		x
	Digoxin		x
	Valproinsav		x

2. számú melléklet

A biztosítás által fedezet egynapos sebészeti ellátások

FÜL-ORR-GÉGÉSZET
52210 Arcüreg drainage (intran. ablak Lothrop szerint)
52220 Luc-Caldwell műtét
52270 Endoscopos (mikroszkópos) arcüregműtét
52500 Excisio laesionis linguae
52600 Nyálmirigy vagy nyálvezeték bemetszése
52630 Nyálmirigy vagy nyálvezeték helyreállítása
52760 Resectio uvulae
GASTROENTEROLÓGIA
16361 Endoscopos sphincterotomia
16363 Endoscopos kőextractio
16367 Wirsungotomia endoscopica et dilatatio eadem
54490 Endoscopos polypectomia a felső tápcsatornában
54523 Polypectomia colontos per colonoscopiam
54693 Polypectomia sigmae, sigmoidoscopos
IDEGSEBÉSZET
50432 Carpal tunnel felszabadítás
50435 Egyéb Tunnel syndromák műtétei
NŐGYÓGYÁSZAT
16611 Falloposcopia laparoscopica
55433 Excisio endometriosis peritonei laparoscopica
55435 Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica unilat.
55436 Ablatio endometriomae ovarii laparoscopica bilat.
56515 Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica unilat.
56516 Cystectomy ovarii / parovarialis laparoscopica bilat.
56517 Cauterisatio ovarii laparoscopica (drilling)
56518 Resectio ovarii laparoscopica unilateralis
56519 Resectio ovariorum laparoscopica bilateralis
56521 Oophorectomia unilateralis laparoscopica
56531 Salpingo-oophorectomia laparoscopica unilateralis
56541 Oophorectomia bilateralis laparoscopica
56552 Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
56571 Adhaesiolysis laparoscopica
56592 Detorquatio ovarii laparoscopica
56602 Salpingostomia unilat. laparoscopica
56603 Salpingostomia bilat. laparoscopica
56611 Salpingectomy laparoscopica unilateralis
56622 Salpingectomy laparoscopica bilaterale
56651 Salpingectomy parziale laparoscopica
5666A Salpingo-stomatoplastica laparoscopica
5666C Adnexectomy laparoscopica
56672 Chromopertubatio laparoscopica
56710 Conisatio portiois uteri
56720 Cervix elváltozás kimetszése
56721 Kryoconisatio portiois
56722 Electroconisatio portiois

Nőgyógyászat (folyt.)
56723 Méhpolyip eltávolítás
56740 Méhnyak műtéti restructioja
56741 Méhszáj plastica
56742 Cerclage colli uteri
56812 Septum uteri kiirtás (hysteroscop)
56814 Synechiolysis (hysteroscop)
56815 Endometrium resectio (hysteroscop)
56816 Enucleatio myomae uteri laparoscopica
56817 Enucleatio myomae hysteroscopica
56818 Myolysis laparoscopica
56899 Curettage uteri
56905 Curettage-incomplett abortus után
56906 Frakciált curettage
56931 Ventrofixatio uteri laparoscopica
56932 Hüvelcszonk felfüggesztés, laparoscopiás
56941 Denervatio uteri laparoscopica (LUNA)
57023 Excisio septi vaginalis
57040 Plastica vaginae anterior posteriorque
57041 Plastica vaginae anterior
57042 Plastica vaginae posterior
57043 Hátsó hüvelyboltozat plasticaja
57065 Synechiolysis vaginalis
57110 Marsupialisatio glandulae Bartholini
57130 Clitoris műtét
57161 Fistulectomia perinei
57162 Perineorrhaphia
57530 Amniocentezis
ÁLTALÁNOS SEBÉSZET
54911 Exstirpatio fistulae ani
54913 Exstirpatio fistulae ani sec Hippokrates
54930 Haemorrhoidectomy
54931 Haemorrhoidectomy sec. Parks
54932 Haemorrhoidectomy sec. Milligan-Morgan
54933 Haemorrhoidectomy sec. Eisenhammer
54934 Haemorrhoidectomy sec. Langenbeck
54935 Haemorrhoidectomy sec. Whithead
55300 Hernioplastica inguinofemoralis
55310 Hernioplastica inguinofemoralis c. implant.
55311 Hernioplastica inguinofemoralis laparoscopica
55320 Herniotomia inguinofemoralis bilaterális
55330 Hernioplastica inguinofemoralis bilat. cum implantationem
55340 Hernioplastica umbilicalis

ORTOPÉDIA
16970 Arthroscopia
16971 Arthroscopia csuklón
16972 Arthroscopia könyökön
16973 Arthroscopia vállon
58054 Arthroscopos műtét
58055 Arthroscopos szalagplastica
58056 Arthroscopos szalagvarrat
58057 Arthroscopos mozaik plasztika
58058 Arthroscopos retinaculum plasztika
58059 Boka, váll, csípőízületi arthroscopos debridement
58322 Baker-cysta eltávolítása
58345 Dupuytren plantaris excisio
UROLÓGIA
56011 Prostatata TUR
56013 Transurethralis prostata incisio
56015 Prostata transurethralis spirál behelyezés
56059 Prostata egyéb alternatív LASER műtétei
56110 Bergmann f. hydrocele műtét
56111 Winkelmann f. hydrocele műtét
56112 Hydrocele műtét
56291 Herefűgöly eltávolítása
56301 V.sperm.int.retroperitonealis ligatura (Palomo)
56302 Scrotalis varicoelectomia
56303 Funiculocele resectio
56308 Ligatura v. spermaticae internae laparoscopica
56310 Mellekhere cysta kiirtása
56311 Spermatocele resectio
56330 Epididymectomy
56360 Vasectomy
56370 Vasovasostomia
56400 Circumcisio
56403 Phimotomia
86051 Thermotherapy prostatae